

11/24/2004

A la familia de:

CON RELACIÓN A:

Estimada familia,

La presente es con respecto a su solicitud para obtener servicios de apoyo familiar de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD), para el período de servicio de doce meses del 1 de julio de 2004 al 30 de junio de 2005.

Los servicios que se ofrecen por medio del Programa de Apoyo Familiar incluyen:

- Cuidado de relevo o actividades en la comunidad que proporcionan relevo,
- Cuidado de enfermería o terapias especializadas, control del comportamiento y
- Acceso a recursos comunitarios con la asistencia de un guía comunitario.
- Acceso a financiación flexible a corto plazo (\$900) cuando no haya disponible un recurso comunitario.

Si actualmente recibe Pagos Suplementales de Seguro (SSP), continuará recibéndolos para satisfacer las necesidades del miembro de su familia.

Hemos evaluado:

- Su solicitud para los servicios de apoyo familiar,
- La evaluación de su nivel de necesidad de servicios,
- Los reglamentos del programa de apoyo familiar de DDD,
- Los fondos del presupuesto de DDD disponibles para el programa de apoyo familiar.

Hemos determinado lo siguiente:

Su nivel de necesidad de servicios es: _____ (1)

Según los reglamentos del Programa de Apoyo Familiar, la cantidad de servicios para la cual su familia califica es: _____ (2)

A partir de julio de 2004, si ya recibe una subvención para el programa de apoyo familiar en dólares provenientes de Pagos Suplementales de Seguro (SSP), el monto del nivel de necesidad de servicio que se indica en la línea (2) será en la forma de una subvención mensual en efectivo de Pagos Suplementales de Seguro (SSP). Esto se le proporcionará en pagos en efectivo mensuales iguales de \$. No se autorizarán otros servicios de Apoyo Familiar.

Sírvase leer las instrucciones adjuntas que explican los lineamientos para utilizar el dinero proveniente del programa de Apoyo Familiar. Si tiene preguntas, llame al Administrador de Caso/Recursos.

1. Para que DDD pueda pagar por cualquier servicio, su administrador de caso debe aprobarlos **ANTES DE QUE COMIENCEN.**
2. Llene y envíe una copia del Plan y Boletín de Apoyo Familiar adjunto tan pronto como le sea posible.
3. Guarde la otra copia para su propio registro.
4. **Tiene hasta el 28 de febrero de 2005 para realizar modificaciones a su plan.**

Puede variar de mes a mes la cantidad y el tipo de servicios que utiliza siempre y cuando los pagos totales de DDD en un período de doce meses no excedan el monto que se indica en la línea 2.

Tenga en cuenta que el monto de los servicios autorizados para su familia, ahora o en el futuro, depende de la disponibilidad de fondos. Si hubiera un cambio en el presupuesto del programa de apoyo familiar de la División que requiera que se cambie el monto al cual califica su familia, le enviaremos un aviso informándole sobre los cambios y la razón.

Si considera que la decisión que hemos tomado en cuanto a su solicitud para los servicios de apoyo familiar es incorrecta, o si posee información que considera pudiera cambiar la información que se ingresó en las líneas (1) ó (2), puede escribir a [] de esta Región [] de la Oficina de Servicios regionales de DDD para evaluar su solicitud y nuestras decisiones. Coloque la dirección en la carta y envíela antes del último día laboral de este mes a:

También puede solicitar una apelación a nuestra decisión en cuanto al nivel de servicios necesarios o en cuanto al monto de financiación autorizado por la División. Debe presentar su apelación por escrito antes de transcurridos 28 días a partir de la fecha en que reciba este aviso. La Oficina de Apelaciones concertará una audiencia imparcial para usted. Debe enviar su solicitud a:

Department of Social and Health Services
Office of Administrative Hearings
PO Box 42489
Olympia WA 98504-2489

Si tiene alguna pregunta, llame a [] al [] .

Cordialmente,

Administrador de Recursos del Caso
División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo

Adjuntos: WAC 388-825
Boletín de los Planes de Apoyo Familiar (complete, firme y envíe uno)
Boletín de los Planes de Apoyo Familiar (complete el segundo y guárdelo para sus registros)
Lineamientos
Sobre de retorno

Cc: Expediente